

L'ULCÈRE
DU
DUODENUM
DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

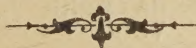
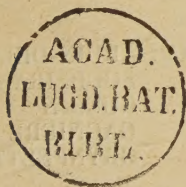
Le 15 Février 1905

PAR

Joseph BABEAU

Né à Capestang (Hérault) le 19 mars 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND	MM. ARDIN-DELTEIL
MOITESSIER	VIRES	SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
M. IZARD, <i>secrétaire.</i>		

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, <i>président.</i>	MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé.</i>
DUCAMP, <i>professeur.</i>	VIRES, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de piété filiale.

A MES SOEURS

A MON ONCLE ÉMILE

J. BABEAU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOLLET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

J. BABEAU.

INTRODUCTION

MM. G. de Rouville et J. Martin ont, dans un mémoire récent, étudié l'anatomie pathologique de l'ulcère du duodénum, à propos d'un cas d'adénome brünnérien. M. Martin, chef de clinique, a bien voulu nous communiquer l'observation de ce cas d'adénome brünnérien, et, sous l'inspiration de M. le professeur-agrégé Soubeyran, nous avons cru intéressant de chercher à préciser le diagnostic si difficile de cette affection trop peu étudiée, et les indications de l'intervention chirurgicale. En effet, le diagnostic, soit de la lésion ulcéreuse, soit de ses complications, c'est-à-dire des hémorragies ou de la perforation, qui en est la terminaison la plus fréquente, prête à beaucoup d'erreurs qui ne permettent qu'une intervention chirurgicale incomplète et tardive, alors que l'intervention précoce peut seule sauver le malade.

Après avoir rapidement passé en revue l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et l'évolution clinique de l'ulcère du duodénum, nous essayerons, dans les deux principaux chapitres de notre thèse :

1° De montrer que l'on peut, par un ensemble de probabilités, arriver au diagnostic probable de l'ulcère latent et au diagnostic certain de l'ulcère perforé.

2° D'indiquer toute l'importance du diagnostic, qui permet

de poser des indications opératoires précoces, et de sauver le malade par une intervention chirurgicale précoce.

Avant d'entrer dans le cœur de ce travail, dernier terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir adresser à tous nos maîtres l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur Follet, professeur de clinique médicale à l'école de Rennes, nous permettra de l'assurer ici de toute notre gratitude et de tout notre dévouement. C'est sous sa bienveillante direction que nous fîmes nos premières études cliniques ; sa méthode et son enseignement ont laissé sur notre esprit une empreinte ineffaçable. Qu'il veuille bien, ainsi que tous nos maîtres de l'Ecole de Rennes, et en particulier MM. les professeurs Le Damany, Millardet, Le Moniet, Lautier, recevoir l'hommage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

Nouveau venu dans cette Faculté, nous avons reçu de M. le professeur agrégé Soubeyran, qui a bien voulu nous fournir le sujet de ce travail, l'accueil le plus bienveillant. Nous le prions de vouloir bien agréer nos remerciements.

Ce travail a été fait sous les yeux et grâce aux savants conseils de M. Martin, chef de clinique ; qu'il soit assuré également de toute notre reconnaissance.

Pendant notre séjour à l'hôpital d'Arles, nous avons pu bénéficier de l'enseignement tout à fait amical de MM. les docteurs Auriol, Béraud, Morizot, Urpar, Talon, Rey. M. Rousseau, secrétaire des hospices, nous témoigna toujours une bonté que nous ne pouvons passer sous silence ; M. le docteur Morigny, médecin-major, voudra bien nous permettre de lui dire combien nous sommes heureux d'avoir été pour lui un ami plutôt qu'un élève ; que nos chers amis Malakian et Vial, internes des hôpitaux, nous permettent aussi d'évoquer le souvenir des heures intimes, trop brèves vécues ensemble

et de leur adresser l'expression de notre affection la plus sincère.

Nous devons, en terminant, adresser tous nos remerciements à M. Marguliés, externe des hôpitaux, qui, avec une complaisance à laquelle nous n'avions aucun droit, a bien voulu nous aider dans la traduction d'articles étrangers, dont la lecture était nécessaire pour la rédaction de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'ULCÈRE

DU

DUODENUM

DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — ANATOMIE
PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMATOLOGIE. — ÉVOLUTION
CLINIQUE. — PRONOSTIC.

Le duodénum, ainsi que des faits déjà suffisamment nombreux l'ont démontré, peut être, comme l'estomac, le siège de la lésion si bien étudiée et si magistralement décrite par Cruveilhier, sous le nom d'*ulcère simple* (Bucqoy). Cependant, tandis que l'ulcère simple de l'estomac occupe dans les traités de pathologie une place importante, l'ulcère du duodénum n'y a obtenu qu'une courte mention, dans un chapitre qui lui est commun avec l'ulcère de l'estomac. L'explication en est dans la rareté de cette affection et les difficultés que présente le diagnostic. C'est une maladie non classée parce qu'on ne la diagnostique pas, et on ne la diagnostique pas parce que les symptômes manquent ou sont minimes. Toutefois, les thèses de Collin (94), Houzé (96), Darras (97), les travaux de

Dieulafoy, Bucquoy en France, Pagenstecher, Chvostek, Brünner, Oppenheim, Burvonkel, ont apporté des faits nouveaux et des données cliniques nouvelles.

L'ulcère rond du duodénum reste malgré tout une affection peu fréquente. Souvent associé à l'ulcère de l'estomac, il est quinze fois plus rare en moyenne que ce dernier, d'après Gilbert ; douze fois, d'après Burvonkel. Il s'observe à tous les âges, mais surtout à l'âge adulte, de trente à quarante ans en général. Le sexe masculin est frappé dans une proportion de 79 pour cent (Collin). L'alcoolisme, la misère, la tuberculose, sont les causes ordinaires ; le pemphigus, la pellagre, la trichinose, l'érysipèle, la pneumonie, l'ataxie, le saturnisme, la cirrhose du foie, le carcinome du foie et du pancréas, les brûlures étendues de la peau, sont les causes exceptionnelles.

La pathogénie est identique en tous points à celle de l'ulcère de l'estomac ; tous les auteurs ont évoqué l'influence du suc gastrique.

La lésion siège ordinairement au voisinage du pylore (242 fois sur 262), sur la paroi antérieure (71 fois sur 127) [Collin]. L'ulcère est unique ordinairement (195 fois sur 233), rond, d'un diamètre de 0 m. 002 à 0 m. 0035. Les bords sont taillés à l'emporte-pièce ; le fond est tantôt lisse, tantôt granuleux ; constitué tantôt par la sous-muqueuse ou la musculieuse, tantôt par la sous-séreuse. Les petits vaisseaux sont souvent intéressés.

Dans la plupart des cas, l'affection évolue à l'état latent. Au duodénum, le contact des aliments est fugace et n'existe qu'au passage des aliments chymifiés. Voilà pourquoi la douleur survenant quelques heures après les repas, siégeant au niveau de l'hypocondre droit, est un des plus importants symptômes. Toutefois, une complication permet seule, le plus souvent, de penser à un ulcère du duodénum : une hémorragie

abondante se traduisant par du méloëna, au cours d'une parfaite santé, ou encore une péritonite par perforation débutant avec la brusquerie et la violence que Dieulafoy a si bien mises en lumière ; mais nous compléterons ces données au chapitre suivant.

L'évolution de la maladie est indéterminée ; la perforation (70 fois sur 100 cas mortels) tue en quelques heures ou en quelques jours. Dans d'autres cas, le malade meurt d'anémie pernicieuse ou de complications rares (abcès, fistules, pylé-phlébites, septicémie). Dans la statistique de Collin, sur 262 cas, avec autopsie, la mort eut lieu :

175 fois par perforation ;

21 fois par hémorragie ;

46 fois par maladie intercurrente.

La lésion peut récidiver ou plutôt le malade peut rechuter. Le cancer du duodénum peut se greffer sur l'ulcère en voie de cicatrisation ou cicatrisé. Toutefois, le malade peut guérir, et il n'est pas rare de trouver au cours d'une autopsie, trouvaille inattendue, un ou même plusieurs ulcères cicatrisés ; et le chiffre des guérisons s'élèvera dans des proportions notables quand on connaîtra mieux les symptômes de la maladie et quand on pourra la diagnostiquer dégagée de toute complication.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Abordons maintenant la question capitale et vraiment difficile du diagnostic et divisons ce chapitre en trois paragraphes :

- 1° Diagnostic de l'ulcère à l'état latent ;
- 2° Diagnostic de l'ulcère se compliquant d'hémorragies ;
- 3° Diagnostic de l'ulcère se compliquant de perforation.

I

Il est classique d'écrire que l'ulcère du duodénum évolue à l'état latent. « Quand, par hasard, il y a quelques symptômes, nous dit Dieulafoy, ils sont si peu significatifs qu'ils ne conduisent jamais au diagnostic. » — « Rien n'est plus fréquent, écrit Collin, que de trouver à la nécropsie d'un malade qui a succombé à une péritonite par perforation ou à une maladie autre que l'ulcère simple, soit quelque ulcération superficielle de la muqueuse, soit même une perte de substance en forme d'entonnoir. A un moment quelconque de leur vie, ces malades porteurs de pareilles altérations ont-ils présenté des signes qui auraient permis d'établir le diagnostic ? »

Cependant, les travaux de Chvostek, de Bucquoy, de Burvonkel apportent des faits nouveaux qui montrent qu'un diagnostic précis peut être porté pendant l'évolution de la maladie.

Burvonkel nous dit avoir rencontré cinq malades pour lesquels il a posé avec certitude le diagnostic d'ulcère du duodénum ; Bucquoy a cherché également plusieurs cas pour lesquels le diagnostic lui a semblé évident. Il est vrai que la confirmation anatomique manque dans tous ces cas ; mais la lecture attentive des observations suffit à établir la vraisemblance du diagnostic.

Sur quels symptômes repose donc ce diagnostic d'ulcère à l'état latent ?

Le premier symptôme est la douleur ; chez un individu de bonne santé habituelle, se déclare, trois ou quatre heures après le repas, une douleur siégeant habituellement à droite de la ligne médiane, au-dessous de la face inférieure du foie, au niveau, par conséquent, de la partie malade. Bucquoy trouve, dans chacune de ses observations, un point douloureux entre le nombril et le rebord des fausses côtes. Burvonkel, néanmoins, est moins affirmatif et trouve le point douloureux tantôt à droite, tantôt à gauche, mais toujours dans le voisinage du nombril.

Quoi qu'il en soit, le siège de la douleur est assez spécial pour offrir un élément important de diagnostic.

Ajoutons que cette douleur peut s'irradier dans la région épigastrique, dans tout le reste de l'abdomen, quelquefois même jusque dans l'épaule, au loin ; mais le point rachidien, le cercle horizontal autour de l'épigastre, les irradiations derrière le sternum manquent toujours.

Sans doute dans l'ulcère duodénal, comme dans l'ulcère de l'estomac, la douleur revient par crises, mais dans le premier cas, il nous a semblé, à la lecture des observations, que la

sensation douloureuse est moins forte que dans le second ; qu'elle ressemble plutôt à une colique qu'à une morsure ou une déchirure.

Enfin notons que cette douleur débute seulement trois ou quatre heures après le repas, au début de la digestion intestinale, au moment où l'estomac se vide dans l'intestin, portant au contact de la partie malade le chyme qu'il vient d'élaborer. Chvostek cite le cas d'une malade chez laquelle la douleur débutait plus tard que d'ordinaire parce que la digestion des aliments dans son estomac dilaté et atteint de gastrite (lésions fréquentes au cours de l'ulcère duodénal), était plus lente à se faire.

Le second élément de diagnostic repose sur l'absence de troubles digestifs, à peu près nuls, tant que la maladie, par sa durée et ses complications, n'a pas déterminé de lésions du côté de l'estomac. L'absence de troubles fonctionnels a donc une importance capitale pour le diagnostic différentiel avec l'ulcère stomacal.

Il nous semble que nous avons là, grâce au siège de la douleur au-dessous du foie, à son début quelques heures après le repas, à l'absence de troubles gastriques, sinon les éléments d'un diagnostic certain, du moins de fortes présomptions en faveur de ce diagnostic, surtout si l'on se souvient que l'ulcère duodénal évolue, chez le sexe masculin généralement, à l'âge adulte, ordinairement de trente à quarante ans.

II

Le diagnostic est singulièrement facilité quand, aux symptômes précédents, vient se joindre le mélæna. Dans un tiers des cas, en effet, au cours de l'évolution de l'ulcère du duodé-

num, se produisent des hémorragies qui se traduisent par du mélæna.

Ces hémorragies peuvent être foudroyantes, aiguës ou chroniques. Les hémorragies profuses du duodénum sont très fréquentes (dans 34 pour cent des cas pour Oppenheim ; dans 25 pour cent d'après Krauss) et la mort subite peut en être le résultat. On trouve à l'autopsie l'ulcération d'un gros vaisseau ; l'artère pancréatico-duodénale est le plus souvent lésée ; viennent ensuite la gastro-épiploïque droite, les artères hépatiques (Broussais), aorte abdominale (Grünfeld), splénique (Géniaz) ; la mésentérique supérieure, la veine porte. Mais en général, les hémorragies duodénales, pour si dangereuses qu'elles soient, n'ont pas d'emblée une pareille gravité. Elles apparaissent, d'une manière soudaine, au cours d'une bonne santé. Les accidents débutent souvent par une véritable indigestion, peu de temps après un repas copieux, fait avec appétit. Il peut se produire en même temps une hématoméso (dans 8 pour cent des cas, suivant Oppenheim).

Ces hémorragies intestinales peuvent se renouveler à intervalles plus ou moins rapprochés. L'anémie, dans laquelle le malade ne tarde pas à tomber amène des défaillances continues, parfois de véritables syncopes. Dans l'intervalle de ces crises hémorragiques, la santé revient comme par enchantement : ce qui s'explique par le prompt retour de l'appétit et le parfait fonctionnement de l'estomac. Mais la faiblesse du malade augmente progressivement et l'apparition du syndrome, anémie pernicieuse signalé par Devic et Roux, peut amener la mort.

Mais il peut arriver qu'après une série de crises et de rechutes, la guérison survienne et soit définitive. Et le nombre de ces guérisons doit être relativement grand, si, selon l'opinion de Bucquoy, on rattache à l'ulcère du duodénum certaines hé-

morragies décrites par Trousseau sous le nom d'*hémorragies essentielles*.

Le diagnostic différentiel est à faire avec l'ulcère de l'estomac ; dans chacune de ces deux affections, il peut y avoir à la fois hématomèse et mélæna ; mais les vomissements de sang au cours de l'ulcère duodénal ne persistent pas, et sont peu abondants ; le mélæna est le phénomène essentiel, de même dans l'estomac, le mélæna est consécutif à une hémorragie gastrique rendue partiellement par la bouche.

Il sera facile de voir que le sang ne vient pas du rectum ; car il est dans ce cas rouge liquide ou en caillots, non mélangé aux fèces.

L'âge, l'état de santé antérieur font écarter la possibilité d'une hémorragie due à une ulcération cancéreuse ou tuberculeuse.

Les hémorragies de la fièvre typhoïde n'apparaissent qu'au cours de la maladie, alors que le diagnostic est posé depuis longtemps.

Enfin, les hémorragies essentielles, dont nous avons parlé plus haut, sont rares et se rencontrent seulement chez les femmes préalablement mal réglées.

III

La complication la plus redoutable qui puisse surgir au cours de l'affection qui nous occupe est la perforation avec, pour conséquence directe, la péritonite. Sur 262 autopsies, Collin a relevé 175 cas de perforation, ce qui donne une proportion de 69 pour cent. C'est donc là la terminaison la plus fréquente de cette maladie.

Mais ici divers cas peuvent se présenter : 1° ou bien il n'existe au voisinage de la perforation aucune barrière ; le

contenu intestinal fait irruption dans la grande cavité péritonéale, et il en résulte une péritonite généralisée ; 2° ou bien le travail d'ulcération a déterminé au voisinage de la perforation des adhérences qui limitent l'issue des matières, et la péritonite reste circonscrite ou localisée. Le pancréas, le foie, la vésicule biliaire peuvent faire office de tampon, et l'on peut avoir affaire alors à un abcès sous-hépatique enkysté, à un abcès sous-phrénique ou lombaire, à un pyopneumothorax sous-diaphragmatique, à un abcès s'ouvrant à la peau.

Quand les signes de la perforation ont été manifestes et que le diagnostic a été fait, le problème est facile. Dans le cas contraire, l'apparition et la persistance de la fièvre avec manifestations générales d'un état infectieux, la douleur limitée, la tuméfaction, la matité anormale, accompagnée de symptômes péritonéaux, aideront à reconnaître l'existence d'un abcès intra-péritonéal. L'examen radiographique, la ponction exploratrice seront utiles.

Dans le cas le plus fréquent où la perforation est suivie de péritonite suraiguë, il faut faire d'abord le diagnostic de la perforation difficile, si l'ulcère jusque-là a été latent ; car on manque de tout renseignement antérieur ; ensuite celui du siège de la perforation qui présente une difficulté encore plus grande. Il ne faut donc pas s'étonner que l'on ait pris la péritonite par perforation pour une rétention d'urine (cas de Pollak, cas de Capitan), du choléra (Clark), des coliques hépatiques (Klinger, Bouchaud), ou saturnines (Wadham), pour un empoisonnement, une péricardite (Mayne).

Il y a évidemment trop de causes de péritonite par perforation, et la perforation par ulcère duodénal est trop rare pour qu'on doive s'arrêter à cette dernière. Toutefois, le diagnostic n'est pas impossible.

DIAGNOSTIC DE LA PERFORATION PÉRITONÉALE.

Notre premier élément de diagnostic est la douleur. Nous avons vu plus haut quel était son siège habituel. Nous savons aussi que ce siège est variable. Dans une statistique de 25 cas, Schwartz l'a observée 7 fois à droite, au-dessous des fausses côtes ; 5 fois au niveau de l'épigastre ; 4 fois à gauche. Mais la douleur de la perforation a ceci de particulier qu'elle est soudaine et d'emblée, d'une atroce intensité. Dieulafoy a trouvé pour la décrire l'expression de « coup de poignard péritonéal ». En effet, le malade s'affaisse tout à coup, comme « poignardé », éprouvant au niveau de l'hypocondre une sensation de craquement, sans avoir au préalable présenté un moyen quelconque de reconnaître cette menace de perforation. Deux cas de mort au moment de la perforation ont été signalés par Scheild et Gould. Cette soudaineté et cette atrocité d'emblée de la douleur seront toujours très intéressantes à rechercher parce qu'elles apportent un grand appoint à l'établissement du diagnostic. Il peut se faire dans le péritoine un épanchement de liquide, d'où la possibilité d'une matité anormale dans les points déclives, et aussi un épanchement de gaz, d'où le ballonnement du ventre et la disparition de la matité hépatique. Il peut arriver que le ventre soit rétracté, plat et dur, ou qu'après avoir été rétracté au début, il se météorise quelques heures après. La matité hépatique peut être remplacée par de la sonorité qui, dans certains cas, remonte jusqu'au mamelon : elle est alors à elle seule, pathognomonique d'une lésion stomacale ou duodénale. Larghi a signalé un bruit de liquides sortant par la perforation et tombant dans le péritoine : Clark a éprouvé dans un cas la sensation de liquide chaud se diffusant dans le ventre.

Un symptôme à peu près constant est la tension des parois abdominales avec respiration costale, avec immobilisation volontaire, instinctive ou réflexe de tout l'abdomen. La respiration devient superficielle, accélérée. Il y a de la dyspnée phrénique (Hartmann). La dyspnée augmente avec le ballonnement du péritoine ; la pointe du cœur est déplacée. Avec l'évolution des lésions apparaissent après le hoquet, les vomissements bilieux et alimentaire d'abord, puis porracés et fécaloïdes. La paralysie intestinale rend compte de l'absence totale de selles et de gaz par l'anus. La « griffe péritonéale » a mis son empreinte sur la physionomie du malade ; le pouls est petit et rapide ; la température varie de 36° à 38°.

DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE LA PERFORATION.

Il repose sur :

1° Les commémoratifs ;

2° La douleur initiale ;

3° La sonorité pré-hépatique, qui n'a de valeur absolue que dans les premières heures après l'accident ;

4° La rétraction très prononcée de la paroi abdominale, symptôme à la vérité non pathognomonique. Arcy Power, dans les cas où ces symptômes font défaut, attache de l'importance à l'augmentation progressive de la fréquence du pouls.

Routier, Hartmann, Lescène, ont vu des cas de perforation duodénale due à un cancer ; Rotch, Piqué, ont cité des cas de perforation du duodénum par corps étrangers ; Kirmisson, Monod, Letulle, Bucquoy ont présenté à la Société de chirurgie des ulcères de l'intestin, à pathogénie obscure, attribués à la présence de corps étrangers.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il s'agit tout d'abord de différencier l'ulcère du duodénum de l'ulcère de l'estomac au point de vue perforation ; et cela ne va pas sans quelque difficulté. Il est évident, en effet, que les manifestations de la perforation du duodénum sont analogues à celles de l'ulcère gastrique prépylorique. Toutefois, dans l'ulcère du duodénum, les commémoratifs manquent souvent. 24 pour cent des perforations duodénales surprennent les malades en pleine santé ; pour l'estomac, le chiffre est de 4 $\frac{1}{2}$ pour cent seulement (Brünner). L'ulcère du duodénum est rare chez la femme ; l'évolution est insidieuse. Il y a du mélæna sans hématomèse ; les douleurs gastralgiques et les vomissements n'apparaissent qu'un certain temps après le repas, la douleur siège à droite de la ligne médiane (30 fois sur 34 d'après Brünner), dans la région épigastrique, l'hypocondre droit, la région iliaque droite ; elle est irradiée dans la région iléo-cœcale où l'on trouve de la sensibilité à la pression (Weiss). Cependant, la confusion est sans importance, car les indications opératoires sont les mêmes.

Il est des perforations de la vésicule biliaire qui peuvent être prises pour une perforation d'un ulcère duodénal. Les commémoratifs, les symptômes de la lithiasé biliaire, l'ictère, les coliques hépatiques mettront sur la voie du diagnostic ; parfois on aura constaté la distension de la vésicule. Arcy fait d'ailleurs observer que l'épanchement de la bile stérile ne peut guère s'accompagner de phénomènes septiques.

La confusion n'est guère possible avec les ulcérations de la fièvre typhoïde, même siégeant au niveau du duodénum, car le diagnostic de la maladie est fait avant la complication. De

même la perforation de l'ulcération tuberculeuse de l'intestin se produit chez des malades atteints de tuberculose intestinale.

Caubet a récemment présenté à la Société anatomique un côlon ascendant présentant sur sa portion initiale deux perforations à l'emporte-pièce, sans lésion apparente de la muqueuse. Et Thompson et Dwyer ont observé un cas de gangrène de l'intestin grêle, de cause inconnue ; autant de faits qui peuvent prêter à confusion. Très souvent (27 fois sur 55 pour Brünner ; 8 fois sur 23 pour Begouin ; 6 fois sur 15 pour Houzé ; 8 fois sur 23 pour Darras), la perforation duodénale a été prise pour une perforation de l'appendice iléo-cœcal. En effet, les matières déversées au-dessus du méso-côlon transverse, suivent sa face supérieure sous le foie ; puis fusent le long du côlon ascendant vers la fosse iliaque droite. Les symptômes, douleurs, matité, tuméfaction, peuvent donner le change. Cependant, dans notre affection, la douleur est sous-ombilicale, au niveau de la région gastro-hépatique ; dans l'appendicite perforante, la douleur est au voisinage du point de Mac-Burney, quoique irradiée vers l'épigastre. Il faut néanmoins penser aux cas d'appendice remontant.

Mais malgré tout, la douleur n'est pas soudaine et atroce d'emblée, elle est croissante graduellement, la matité hépatique ne manque jamais au début, le ballonnement, la tension des parois restent limités à la région iléo-cœcale, et ne tendent pas à s'étendre dans tout l'abdomen. L'affection enfin s'observe chez des enfants et des adolescents et a donné lieu à des crises appendiculaires antérieures. Tuffier signale l'importance du toucher rectal qui, dans le cas d'appendicite perforante, permet d'apprécier le siège de la douleur et le degré des lésions. Le toucher vaginal doit être fait également.

Certains abcès du foie, certains abcès sous-phréniques ou, tuberculeux, latents, s'ouvrent dans le ventre, peuvent déter-

miner brusquement l'aspect clinique de la perforation duodénale.

Dans les ruptures de différentes lésions de l'appareil génital de la femme, dans l'avortement tubaire, les commémoratifs, l'examen local permettent le diagnostic, quoique Brünner cite le cas d'un kyste dermoïde rompu dans le ventre pris pour une perforation gastrique.

Il faut éliminer aussi les crises de gastralgie et d'entéralgie où l'on n'aura jamais de sonorité pré-hépatique, de matité anormale, de fièvre ; les accès de coliques hépatiques, de coliques néphrétiques, de coliques saturnines (2 cas de Soubigoux et Collin). Le cancer du duodénum se différencie de l'ulcère par la continuité de la douleur, la constance des vomissements, le dégoût de la viande, l'hypo et l'anachlorhydrie, la cachexie cancéreuse, la tuméfaction ganglionnaire sus-claviculaire.

Le diagnostic différentiel avec l'obstruction intestinale présente plus de difficultés. L'erreur a été commise 6 fois dans les 15 cas de Houzé, 9 fois dans les 23 cas de Darras. La confusion est évidemment possible quand les commémoratifs manquent, quand le collapsus, le ballonnement rapide viennent compliquer la question. Cependant, dans l'obstruction intestinale, la douleur est moins aiguë, moins soudaine, paroxysmique ; le tympanisme est plus marqué ; le météorisme est partiel, les vomissements sont précoces et fécaloïdes, la constipation est plus absolue, l'abaissement de température tardif.

Brünner cite encore les hémorragies et inflammations du pancréas, les embolies et thromboses des artères mésentériques, la torsion des tumeurs abdominales pédiculées comme pouvant simuler des perforations duodénales.

Pariser, Chappu citent des cas où il y eût hésitation entre une gastrite toxique (par ingestion de substances toxiques comme les composés arsenicaux, ou caustiques comme la soude) et la perforation d'un ulcère duodénal.

Korte, d'un autre côté, mentionne 3 cas où la laparotomie ne fit pas découvrir de perforation. Brünner cite douze cas semblables.

A mesure que l'on s'éloigne du moment de la perforation, le diagnostic devient plus difficile. Parfois les accidents péritonéaux se propagent peu rapidement et les signes de la perforation sont reconnus pendant quelque temps. Le plus souvent au bout de 24 heures ils s'effacent devant ceux de la péritonite généralisée, à forme septique ou purulente. Il faut alors se contenter du diagnostic de péritonite par perforation ou de péritonite généralisée, sans pouvoir préciser la cause. Mais les erreurs énumérées au cours de ce chapitre nous imposent le devoir de songer toujours à l'ulcère duodénal perforé, dans le cas de péritonite aiguë et dans toute laparotomie faite après un pareil diagnostic, de toujours examiner le duodénum, si la cause de la péritonite est restée obscure et si l'on n'a trouvé aucune lésion qui suffise à expliquer les accidents, auxquels il faut remédier.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Nous avons vu plus haut que l'ulcère du duodénum peut guérir et que le nombre des guérisons publiées serait, comme le dit Bucquoy, beaucoup plus élevé, si cette affection ne passait souvent inaperçue et était diagnostiquée à l'état latent.

Il y a donc un traitement médical de l'ulcère du duodénum susceptible, lorsqu'il est rationnel et bien dirigé, de provoquer la cicatrisation parfois définitive de la lésion ulcéreuse, ainsi, que le prouvent certaines de nos observations. Ce traitement médical poursuit un triple but :

- a) Assurer la cicatrisation ;
- b) Combattre ses causes ;
- c) Modifier ses symptômes.

La cicatrisation sera obtenue par le repos au lit, le régime lacté absolu, ou même l'alimentation rectale exclusive, par l'ingestion de sous-nitrate de bismuth. On interdira l'alcool, cause en apparence la plus fréquente de cette affection.

Les symptômes seront traités par la révulsion, la morphine, l'ergotine, l'eau de chaux.

Cependant, en présence de la fréquence et de la gravité des complications de l'ulcère, en présence de la haute gravité des opérations pour ulcère perforé, n'est-il pas logique de pré-

tendre que le traitement par excellence de tout ulcère duodénal reconnu avant la perforation est le traitement chirurgical.

Savariaud tient compte, au point de vue de l'indication opératoire, de la quantité de sang rejetée, de la numération des globules sanguins, du dosage de l'hémoglobine, de la diète d'épreuve. Nous croyons avec Dieulafoy et Tuffier que l'intervention chirurgicale est préférable à tout traitement d'attente, quand le malade traîne son affection depuis de longues années, que le traitement médical a été impuissant, que les douleurs persistent, que la cachexie fait des progrès ; il faut évidemment faire une restriction pour les cas où l'anémie extrême, l'âge avancé, l'état général mauvais contr'indiquent toute opération.

Tout le monde est d'accord en ce qui concerne le traitement de la perforation duodénale. Il faut opérer et opérer vite. Le résultat dépend de la précocité de l'intervention, et voilà prouvée toute l'importance d'un diagnostic aussitôt établi ; il permet l'opération immédiate ; il permet aussi d'aller droit au but et en évitant à l'opérateur une perte de temps et au malade une perte d'énergie et de fatigue, contribue au succès définitif. Dans la statistique de Houzé, sur 18 cas de perforation traités chirurgicalement, une seule guérison est obtenue, ce qui fait une proportion de 94 morts sur 100. Mais on a opéré 7 fois seulement avant 24 heures, et dans 11 cas la perforation ne fut pas trouvée.

Schwartz rapporte que sur 11 cas où l'ulcère fut trouvé, il y eut 3 guérisons ; et sur 11 cas où le diagnostic ne fut pas fait, il y eut 11 morts.

Dans les 9 cas du *Medical News*, l'opération fut suivie 9 fois de mort pour avoir été chaque fois trop tardive. Landerer et Glüksmann ont publié un cas de guérison opéré 12 heures après le moment de la perforation.

Pagenstecher, sur 28 cas d'ulcères perforés et opérés, in-

dique 4 guérisons et 24 morts ; sur 4 cas d'ulcères opérés pour sténose cicatricielle, il y eut 1 cas de mort pendant l'opération et 3 cas de guérison.

Weiss et Foot ont eu 15 guérisons sur 34 opérations pour abcès diaphragmatiques, Bidwett 16 guérisons sur 33 opérations pour abcès sous-phréniques.

Gross, dans 237 cas de laparotomie pour perforation d'ulcère gastrique, obtient une mortalité générale de 47,26 % et une mortalité de 25 % pour les cas opérés avant 12 heures

52 %	—	entre 12 et 24	—
56,06 %	—	24 et 48	
73,91 %	—	après 48	—

Après les 12 premières heures les chances de guérison diminuent de moitié. La mortalité est la plus faible, 16,25 %, pour les cas opérés entre 5 et 10 heures après le moment de la perforation.

Voilà pourquoi Mitchell, pressé par le temps, néglige même l'antisepsie, Mikulicz, Thomson, Lennander, Körte ne s'arrêtent pas devant le choc. Mitchell a vu dans un cas le poulx se relever aussitôt après l'incision du péritoine.

Le Dentu combat le choc par des injections de caféine et opère 3 ou 4 heures après le début des accidents. La seule contre-indication est une température de 35°.

Après anesthésie à l'éther, à cause de la petitesse du poulx, on fait l'incision de Sheild, incision de choix parallèle à la ligne blanche, passant à deux travers de doigt à droite de celle-ci, longue de 4 ou 5 pouces et partant du huitième cartilage costal droit ; si le jour est insuffisant on peut faire une seconde incision perpendiculaire à la première, et traversant le grand droit d'un côté.

MÔDES D'INTERVENTION

1° Ligature de l'artère à distance. — Ce procédé est assez rationnel dans le cas d'ulcère inaccessible, mais le diagnostic de l'artère lésée présente des difficultés très grandes.

2° Suture directe de l'ulcère. — C'est la méthode la plus simple, mais les bords de l'ulcère friables ou indurés ne permettent pas toujours l'application des points de suture ; de plus, après un pareil traitement, l'hémorragie peut se reproduire (cas de Barker) ou la perforation se produire en un autre point du même ulcère (cas de Pepper).

3° Excision de l'ulcère. — Elle met à l'abri des reproches précédents, mais c'est une opération longue, dangereuse à cause du collapsus, difficile à cause du voisinage des organes voisins, du pancréas et des vaisseaux notamment, qui exige que l'ulcère soit peu étendu et facile à aborder et qu'il faut éviter, dans le cas d'ulcère prépylorique, à cause du rétrécissement consécutif de l'orifice.

4° L'involution. — Consiste à replier la partie indurée et à suturer le péritoine sur la partie repliée au moyen de sutures à la Lembert (procédé de Bennett).

5° La divulsion digitale, en cas de sténose, est très difficile à pratiquer ; c'est une manœuvre violente, brutale et, par là, dangereuse. D'après Baston, la mortalité après cette opération, dans le cas de sténose du pylore, est de 46 %.

6° La duodénoplastie, pour la technique de laquelle nous renvoyons le lecteur à la thèse de Planchon (Lyon 1899), préconisée par Jaboulay, réalise la mise au repos de l'organe, permet de traiter directement l'ulcère par l'excision, la cautérisation, etc., rétablit le cours des matières alimentaires par

leur voie naturelle. Ladevèze, dans sa thèse (Lyon 1900), réunit 7 cas d'ulcères du duodénum, perforés toutes par cette méthode, suivis de guérison. Mais même met à l'abri des récidives ; de plus elle exige un duodénum abordable ; des parois souples, non enflammées, des lésions limitées.

7° La gastro-entérostomie est l'opération de choix, préconisée par Doyen, Chaput, Talma, Delagenière, dont la technique qui ne nous intéresse pas ici, est décrite tout au long dans les thèses de Trognon (Paris 93), Duvivier (Paris 95), Batanoff (Lyon 1900).

Elle a pour but d'obtenir la cure radicale de l'ulcère en isolant le duodénum, ainsi mis au repos, et en soustrayant l'ulcère au contact des aliments, ou bien si le rétrécissement est déjà formé, de contourner l'obstacle et de rétablir par une voie supplémentaire le cours des matières.

Sans doute on a pu objecter à cette méthode qu'elle n'arrêtait pas toujours l'hémorragie (cas de Porge et de Jaboulay), qu'elle laisse subsister la lésion qu'elle a pour but de faire disparaître, et qu'elle ne met pas à l'abri de ses complications redoutables ; mais elle est néanmoins le mode d'intervention à adopter, toutes les fois que le duodénum sera inabordable, caché derrière un épais rempart de tissu sclérosé, ou qu'il sera fortement adhérent aux organes voisins, ou enfin lorsque l'épaisseur de ses parois sclérosées, formant une véritable tumeur, ne permettra pas une intervention directe.

Nous publions plus loin 17 observations de gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum ; on compte 15 succès et 2 morts. On ne signale d'hémorragie que dans 4 cas : dans 2 cas seulement on note des vomissements parfois sanguinolents ; dans 2 de ces 4 cas les malades moururent à la suite de l'intervention.

On a observé des cas de guérison après tamponnement et drainage de la cavité abdominale, au voisinage de la perfora-

tion dans des cas où les adhérences rendaient l'abord de la perforation impossible (Le Dentu).

Certains chirurgiens ont également fixé la zone perforée à la paroi abdominale.

Il est évident que le choix du mode d'intervention varie avec chaque cas ; chacun de ces modes a ses indications particulières. Nous croyons cependant que la gastro-entérostomie, chaque fois qu'elle est possible, est le traitement qui donne le meilleur résultat définitif.

Les résultats opératoires sont meilleurs depuis ces dernières années ; d'après Mikulicz, la mortalité depuis 1883 est tombée de 90,15 pour 100 à 52,90 pour 100. Pour Brünner, elle était de 72 pour 100, avant 1898, de 37,5 pour 100 depuis cette date.

Dans toute laparotomie pratiquée pour ulcère du duodénum perforé, la toilette du péritoine sera minutieuse ; le collapsus sera combattu par les injections d'éther, d'huile camphrée, de sérum artificiel ; l'alimentation sera exclusivement rectale au début ; la constipation combattue par les glycélinés. Les suites opératoires sont en général bénignes ; la guérison est obtenue au bout d'un mois, à moins d'accidents consécutifs divers.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Bucquoy)

Entérorrhagies répétées ; ulcère simple du duodénum. — Guérison

Femme de 27 ans, de bonne santé habituelle, entre à l'hôpital pour fièvre typhoïde ; perte d'appétit ; pas de température ; pâleur excessive de la malade qui rend du sang noir en abondance, en allant à la garde-robe ; au début de la maladie, semblables garde-robes ; ces entérorrhagies se répètent pendant 2 ou 3 jours ; la malade accuse tout au plus un peu de gêne vers l'épigastre. Guérison par le traitement médical.

OBSERVATION II

(Bucquoy)

Entérorrhagies répétées ; ulcère simple du duodénum ; signes tardifs d'ulcère de l'estomac

Femme de 36 ans, malade depuis 6 ans, présente pendant les 8 premiers mois de sa maladie une anémie profonde ; à

marche progressive ; douleurs au dessous du foie, à droite de la région pylorique, augmentant à la pression ; sensation d'empâtement au palper et submatité ; absence de troubles fonctionnels ; hémorragies intestinales abondantes pendant plusieurs jours. La malade rétablie sort de l'hôpital ; 4 mois après, rechute, nouvelles hémorragies ; crises douloureuses dans la partie droite de l'abdomen ; syncopes ; vomissements glaireux ; douleurs violentes au creux épigastrique ; régime lacté et pointe de feu produisent amélioration, maintenue depuis.

OBSERVATION III

(Bucquoy)

Ulcère simple du duodénum ; entérorrhagies répétées. — Guérison

Homme de 40 ans ; troubles digestifs trois ou quatre heures après le repas ; douleurs violentes dans l'hypocondre droit ; cessation des symptômes après la terminaison de la digestion ; deux ans après, avec indigestion, hémorragie intestinale accompagnée de syncope ; entérohalgies répétées pendant six ans ; traitement médical ; guérison.

OBSERVATION IV

(Bucquoy)

Ulcère simple du duodénum ; plusieurs rechutes. — Guérison.

Homme de 32 ans ; accidents dyspeptiques et hématomésés dans l'enfance ; six ans plus tard, garde-robes noires sans troubles gastriques ; diarrhée ; rétablissement ; il y a deux

ans, douleur trois heures après les repas ; hémorragies intestinales ; anémie profonde ; traitement médical ; état général redevenu satisfaisant.

OBSERVATION V

(Dieulafoy)

Homme de 40 ans ; terrassé brusquement par douleur atroce entre l'hypocondre et l'épigastre ; ventre rétracté ; palpation douloureuse à l'hypocondre droit. Le lendemain, facies péritonéal ; vomissements verdâtres ; ventre météorisé ; pouls à 120 ; température, 38°. Laparotomie ne fait découvrir que de la péritonite généralisée. Dieulafoy fait le diagnostic d'ulcère duodénal perforé. Mort et autopsie : perforation duodénale sur face postérieure, à deux centimètres au-dessous du pylore.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Due à l'obligeance de M. Martin

Péritonite généralisée. — Laparotomie. — Mort

Le 10 avril, à 11 heures du matin, un jeune homme de 22 ans, vacher à l'école d'agriculture, est admis d'urgence à l'hôpital suburbain, salle Bouisson, n° 9.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ; il jouit d'une bonne santé habituelle : il y a cinq mois, cependant, après une bronchite, le médecin traitant l'envoya faire une cure d'air à la montagne. Il en revint sans aucun signe de bacilliose au dé-

but. Il n'a jamais eu le moindre trouble digestif. Dans la nuit du 9 au 10, le malade qui s'était couché à 11 heures du soir, sans éprouver le moindre malaise, est brusquement réveillé à trois heures du matin par une vive douleur au creux épigastrique. Cette sensation atrocement pénible a peu à peu diminué d'intensité et s'est généralisée à tout l'abdomen ; il n'y a eu ni hoquet, ni vomissements ; seulement une selle diarrhéique vers quatre heures. A cinq heures du matin, le médecin appelé diagnostique une péritonite et fait transférer le malade à l'hôpital.

A son entrée dans le service, on comprend qu'il s'agit d'un cas très grave ; le facies est grippé ; le nez froid, les yeux excavés ; le pouls est à 160 ; la respiration à 60. La température ne dépasse pas 37°3. Ventre légèrement météorisé, très sensible à la pression ; les muscles de la paroi sont contracturés.

La soudaineté de la douleur, la localisation à l'épigastre auraient pu évidemment faire présumer chez ce malade l'existence d'une perforation duodénale ou gastrique, mais les commémoratifs ne furent recueillis que plus tard et on crut à une perforation appendiculaire, le malade accusant le point douloureux classique de Mac-Burney.

L'intervention est décidée ; incision de Roux ; les muscles incisés, on voit bomber le péritoine, un coup de bistouri donne issue à une quantité considérable de pus grumeleux, libre dans la cavité péritonéale, collecté dans les points déclives, et surtout dans le petit bassin. Les anses intestinales présentent les lésions habituelles de la péritonite ; l'appendice est entouré de fausses membranes ; on n'y découvre aucune trace de perforation.

L'état du malade étant précaire, on referme le ventre après une toilette minutieuse du péritoine et en laissant un drain. Mort quarante-huit heures après. A l'autopsie, on trouve une

perforation du duodénum, sur la face postérieure, au niveau de la tête du pancréas. Pas de perforation de l'estomac, ni de l'intestin. Toutefois, on ne s'est pas rendu compte de l'état de la muqueuse intestinale sur toute la longueur du tube.

OBSERVATION VII

(Rydygier)

Rétrécissement fibreux du duodénum. — Gastro-entérostomie antérieure.

Succès

Rétrécissement fibreux du duodénum. Gastro-entérostomie antérieure. Succès.

OBSERVATION VIII

(Berg)

Ulcère duodénal avec sténose

Homme, 39 ans ; pas de mélæna ; dilatation gastrique. Gastro-entérostomie postérieure rétro-colique (13 mai 98). Guérison (8 juillet).

OBSERVATION IX

(Pagenstecher)

Ulcère duodénal

Femme, 42 ans ; troubles digestifs ; douleurs ; vomissements ; hématomèses ; mélæna. Gastro-entérostomie après laquelle vomissements noirs et selles noires. Nouvelle laparotomie ; entéro-anastomose entre les deux branches de l'intestin adjacents à la suture gastro-intestinale. Guérison six mois après.

OBSERVATION X

(Pagenstecher)

Ulcère duodénal

Homme, 35 ans ; perte d'appétit, douleur à l'épigastre. Hématémèses. Laparotomie : pylore dilaté, duodénum adhérent au foie. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XI

(Pagenstecher)

Ulcère duodénal

Homme, 39 ans. Mauvaises digestions ; douleur à l'épigastre et à l'hypocondre droit quatre heures après le repas ; jamais de sang dans les selles. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XII

(Pantaroni)

Ulcère caeux du duodénum avec sténose et sitrose.

Homme de 58 ans. Hémorragie intestinale avec syncope ; douleurs au niveau du foie ; selles noires ; vomissements. Gastro-entérostomie rétro-colique. Guérison.

OBSERVATION XIII

(Codivilla)

Ulcère et sténose du duodénum

Homme, 40 ans. Troubles digestifs ; douleurs cinq heures après le repas ; vomissements. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XIV

(Codivilla)

Ulcère duodénal. — Adhérences

Homme, 52 ans. Dyspepsie ; douleurs ; hématomèses ; mélæna. Gastro-entérostomie. Guérison prompte. Mort quatre mois après par tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XV

(Codivilla)

Homme, 40 ans. Troubles digestifs ; vomissements. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Codivilla)

Homme, 42 ans. Douleurs quatre heures après les repas ; vomissements parfois sanguinolents. Gastro-entérostomie. Guérison trois ans après.

OBSERVATION XVII

(Doyen)

Homme, 40 ans. Opéré *in extremis*. Gastro-entérostomie trans-mésocolique. Mort.

OBSERVATION XVIII

(Doyen)

Homme, 40 ans. Ulcère du duodénum ; sténose du pylore ; hématomèses ; faiblesse extrême. Gastro-entérostomie trans-mésocolique. Guérison.

OBSERVATION XIX

(Doyen)

Homme, 32 ans. Ulcère du duodénum. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

OBSERVATION XX

(Doyen)

Femme, 28 ans. Sténose duodénale ; vomissements. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XXI

(Loche, Thèse Paris, 1893)

Ulcère de la deuxième portion du duodénum. Hématémèses incoercibles ; adynamie. Gastro-entérostomie postérieure. dans les quarante-huit heures.

OBSERVATION XXII

(Rewidzow)

Sténose de la partie inférieure du duodénum. Gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION XXIII

(Jaboulay)

Adhérence de la vésicule biliaire et du duodénum formant tumeur ; dilatation de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

OBSERVATION XXIV

(Percy Déan)

Perforation d'ulcère duodénal. — Laparotomie. — Guérison.

Femme, 27 ans, entrée à l'hôpital le 17 février. Douleur abdominale ; ballonnement ; langue sèche ; vomissements fréquents : température, 38°2. La malade a souffert quinze jours avant d'indigestion. Douleur et faiblesse augmentent. Laparotomie pour péritonite généralisée due à obstruction intestinale. On trouve ulcère du duodénum perforé, sur la paroi antérieure, excision et suture.

Le 13 avril, vive douleur abdominale avec arrêt des matières. Nouvelle laparotomie ; bride comprimant l'intestin. La malade mourut en état de choc.

CONCLUSIONS

1° L'ulcère du duodénum est une affection qui passe souvent inaperçue et est méconnue, parce qu'elle est mal diagnostiquée.

2° Le diagnostic, quoique difficile, est possible, surtout quand l'ulcère se complique d'hémorragies ou de perforation. On arrive au diagnostic de l'ulcère à l'état latent, par un ensemble de probabilités.

3° Il est de la première importance de poser un diagnostic ferme, d'où découlent des indications opératoires précises.

4° Le traitement médical peut à lui seul guérir la lésion. Mais tout ulcère compliqué de perforation doit être traité chirurgicalement ; la mort est la règle si on n'opère pas ; l'intervention peut sauver 50 pour cent des malades.

5° Dans toute péritonite par perforation d'ulcère duodéal, les chances de succès sont proportionnelles à la précocité de l'intervention.

6° Les modes d'intervention varient suivant les cas ; mais la gastro-entérostomie est l'opération de choix.

BIBLIOGRAPHIE

- COLLIN. — Thèse de Paris, 1894.
HOUZÉ. — Thèse de Paris, 1896.
CHAPT. — Thèse de Paris, 1895.
SABATIÉ. — Thèse de Paris, 1902.
TURLAÏS. — Thèse de Paris, 1901.
ABRAM. — Thèse de Paris, 1899.
GUERCHOUNI. — Thèse de Paris, 1898.
COHENDY. — Thèse de Paris, 1899.
DARRAS. — Thèse de Paris, 1897.
BRUNNER. — Deutsche Zeit. f. chir., t. 69, 1903.
BUCQUOY. — Archives générales de médecine, 1887.
COMBES. — Thèse moderne, 1897.
Semaine médicale, 1893.
DIEULAFOY. — Clinique médicale, 1898.
SCHWARTZ. — Société de chirurgie, janvier 1898.
Bulletin société anatomique, 1897.
Journal de médecine de Bordeaux, 1895.
Journal de médecine de Bordeaux, 1902.
LADEVÈZE. — Thèse Lyon, 1900.
PAGENSTECHER. — Deutsch. Zeit f. Chir., vol. LII.
BURVONKEL. — Deutsch. med. Wochensch., 1901.
BRUNNER. — Beitrag zur Klinische Chirurgie, 1901.
BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine.
GROSS. — Revue de chirurgie, 1904.

Gazette hebd. de méd. et de chirurgie, 1900.

Journal de méd. interne, 1901.

MAROCCHO. — Bulletin de chir., Milano, 1901.

ROMMELAERE. — Clinique. Bruxelles, 1901.

XIII^e Congrès international de méd., section 5. Pathol. int., 1900.

DELBET et RUBÉ. — Presse médicale, 1897.

LEJARS. — Semaine médicale, 1902.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 9 février 1905.

Le Recteur,

A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ.

Montpellier, le 9 février 1905.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
